

・ A4サイズ横向きで出力してください
 ・ 消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

被 保 険 者 届 届

・ 赤字：申請者記入
 ・ 緑字：事業主記入

太枠内をご記入下さい。

被保険者・被扶養者共に氏名にフリガナをご記入下さい。

共同印刷健康保険

保 険 証		被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	性 別	資 格 取 得 日	月 額
記号	番 号	(氏) キョウドウ	(名) タロウ	昭・平・令 年 月 日	男・女	令和 年 月 日	千円
〇〇	〇〇〇〇	共 同	太 郎	〇 〇 〇	男	〇 〇 〇	〇〇〇

被 保 険 者 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	(TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)
	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇 - 〇〇	
	〇〇〇〇マンション 〇〇〇号室	

被 扶 養 者 氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	備 考	個 人 番 号	扶 養 認 定 日
(氏) キョウドウ 共 同 花 子	男・女 女	昭・平・令 年 月 日 〇 〇 〇	妻		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 被保険者資格取得日と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (月 日)
キョウドウ 共 同 健 太	男・女 男	昭・平・令 年 月 日 〇 〇 〇	長男		※申請時にマイナンバーを記入しない場合は、後日「個人番号届」にてご提出ください。	<input type="checkbox"/> 被保険者資格取得日と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (月 日)
	男・女	昭・平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 被保険者資格取得日と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (月 日)
	男・女	昭・平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 被保険者資格取得日と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (月 日)

事業所所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇 - 〇〇	常務理事	事務長	担 当	入力処理
事業所名称	株式会社〇〇〇〇				
事業主氏名	代表取締役 〇〇〇〇				